



**COMUNE DI VIGARANO MAINARDA**

*Provincia di Ferrara*

**SETTORE II SERVIZI SOCIALI E SANITARI**

**Allegato 5 – modulo di adesione partner**

*La dichiarazione può essere redatta in carta libera o su carta intestata dell'Ente, Organizzazione, Impresa.*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante della ETS/ETS  
capofila di partenariato \_\_\_\_\_  
con sede legale in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale/Partita I.V.A. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
E-mail certificata \_\_\_\_\_

in adesione all'avviso pubblico per l'individuazione di enti del terzo settore per la co-progettazione in attuazione della DGR 503/2025 "fondo regionale persone con disabilità - quantificazione risorse per misure a sostegno del successo formativo e delle transizioni verso il lavoro degli studenti certificati ai sensi della L. 104/92, in attuazione della deliberazione di giunta regionale n.679/2024". CIG: B8454D4CA2

**dichiara**

la propria disponibilità a contribuire come partner alla realizzazione del progetto, con i tempi e le modalità indicati dal presente Avviso

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma Legale Rappresentante